



Valtakunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän paikallisuus

Nuorten neuropsykiatrisen hoidon alueellisista eroista

RIIKKA LÄMSÄ & PÄIVI SANTALAHTI & HENNA HARAVUORI & TAINA HUURRE
& ANNAMARI TUULIO-HENRIKSSON & MAURI MARTTUNEN

Nuorten neuropsykiatrisen erikoissairaanhoidon käytössä on suuria alueellisia eroja. Kansallisten ohjausvälineiden "väljyys", sairaanhoitopiirien vaikeus tuottaa alueellisia hoitoketjukuvaus- ja kuntien vaihtelevat resurssit mahdollistavat alueelliset erot nykyisessä terveyspalvelujärjestelmässä. Mitä voisimme oppia nykyisestä kolmiportaisesta järjestelmästä, jotta tuleva maakunnallinen järjestelmä mahdollistaisi kansalaisten alueellisen tasa-arvon toteutumisen?

.....

English summary at the end of the article

Johdanto

Nykyisen hallitusohjelman tavoitteena on vähentää kansalaisten eriarvoisuutta terveydenhuollossa (Hallitusohjelma 2015). Tekemässämme selvityksessä (Lämsä & al. 2015) huomasimme suuria alueellisia eroja neuropsykiatrisen erikoissairaanhoidon käytössä. Syitä eroille on vaikea löytää, sillä tilastointiohjeet ovat valtakunnallisia eikä tiedossa ole merkittäviä alueellisia eroja neuropsykiatristen häiriöiden sairastavuudessa. Niinpä alueellinen erilaisuus herätti mielenkiinnon nykyistä terveydenhuollon palvelujärjestelmää kohtaan: mitkä rakenteet nykyisessä kunnalliseen, alueelliseen ja kansalliseen tasoon jakautuvassa terveydenhuoltojärjestelmässä ovat mahdollisesti yhteydessä erikoissairaanhoidon alueellisesti erilaiseen käyttöön.

Neuropsykiatrisiin häiriöihin sisällytetään psykiatriset häiriöt, joiden taustalla on keskeisesti neurobiologisia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa ovat mukana autismikirjon häiriöt kuten Aspergerin oireyhtymä (F84.5), hyperkineettiset häiriöt (F90) kuten ADHD, nykimishäiriöt (F95) kuten Touretten oireyhtymä sekä monimuotoiset oppimiskyvyn (F81.3) ja kehityksen häiriöt (F83).

Näistä yleisin on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), jota sairastaa arviolta noin 5 prosenttia lapsista ja nuorista. Autismikirjon häiriöiden esiintyvyys on noin 0,5–0,7 ja Touretten oireyhtymän 0,3–0,9 prosenttia. Useimmat neuropsykiatriset häiriöt ovat tutkimusten mukaan yleisempiä pojilla kuin tytöillä. (Scharf & al. 2015; Lampi & al. 2011; Fombonne 2009; Polanczyk & al. 2007.)

Autismikirjon häiriöiden ydinoireita ovat sosiaalisen vuorovaikutuksen ja kommunikaation laadulliset poikkeavuudet sekä stereotypiat, joita ovat rajoittuneet, toistavat ja kaavamaiset käyttäytymispiirteet, kiinnostuksen kohteet tai toiminnot (ks. Moilanen & al. 2012). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriölle tyypillisiä oireita ovat yliaktiivisuus, tarkkaamattomuus ja impulssikontrollin vaikeudet (Cherkasova & al. 2013; Faraone & al. 2006). Kehitykselliset nykimishäiriöt (F95) käsittävät kirjon yksinkertaisista motorisista nykimis-oireista vaikeimpaan muotoon, Touretten oireyhtymään (F95.2). Touretten oireyhtymässä on kyse häiriötilasta, jossa henkilöllä on samanaikaisia äänellisiä ja motorisia nykimishäiriöitä. (Ks. Martino & al. 2013; Hallett 2015.)

Neuropsykiatrisesti oireilevilla nuorilla on häiriöstä riippuen usein oppimisvaikeuksia ja vaikeuksia ystävyyssuhteissa. Heidän fyysinen terveytensä on muita ikäisiään heikompi, heillä on uni- vaikeuksia, ja ADHD-nuorilla tupakointi on ikätovereita yleisempää. Nuorilla, joilla on jokin neuropsykiatrinen häiriö, on usein myös psykiatrinen liitännäissairaus, kuten ahdistuneisuus-, mieliala- tai käytöshäiriö. Liitännäissairaudet heikentävät nuoren psykososiaalista toimintakykyä edelleen. (Ks. esim. Vasa & Mazyrek 2015; Damiano & al. 2014; Brook & al. 2013; Mattila & al. 2010; Paa- vonen & al. 2008; Smalley & al. 2007.)

Artikkelissa tarkastellaan yhden osajärjestelmän, nuorten neuropsykiatrisen palvelujärjestelmän, kautta, miten nykyinen kolmeen tasoon jakautunut terveydenhuoltojärjestelmä mahdollistaa alueellisen tasa-arvon toteutumisen. Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat: 1) Minkälaisia alueellisia eroja nuorten neuropsykiatrisen erikoissairaanhoidon käytössä on? 2) Mitkä tekijät nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä mahdollistavat alueelliset erot ja miten tekijät näyttäytyvät käytännön toiminnassa erikoissairaanhoidossa? Artikkelissa ei oteta kantaa neuropsykiatrisen hoidon sisältöön tai sijoittumiseen lääketieteen sisällä. Kirjoittajien yleinen näkemys on, että neuropsykiatrisesta diagnoosista riippumatta osa nuorista tarvitsee erikoissairaanhoitoa ja osa ei.

Tutkimus on osa Kelan rahoittamaa ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) toteutettua erikoissairaanhoidon palveluihin keskittyvää ”Neuropsykiatrisen diagnoosin saaneiden nuorten kuntoutuspalveluiden tarpeet” -hanketta (ks. Lämsä & al. 2015). Artikkelit tuo ylilääkärien kokemusten pohjalta esiin, minkälaisia haasteita nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä tuottaa käytännön toimintaan. Tutkimusaihe on erityisen ajankohtainen tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ollaan uudistamassa (sote) ja kolmiportaisesta järjestelmästä ollaan siirtymässä maakuntavetoiseen järjestelmään.

Nuorten neuropsykiatrinen palvelujärjestelmä

Nuorten neuropsykiatristen oireiden hoitoon keskittynyt palvelujärjestelmä rakentuu kolmitasoiseksi samaan tapaan kuin muutkin terveydenhuollon osajärjestelmät ja suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä kokonaisuudessaan. Järjestelmän ensimmäisenä tasona on kunta, joka on omalta osaltaan vastuussa terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä asukkaalleen. Väestön perus-

terveydenhuolto hoidetaan kuntien tai kuntayhtymien omistamissa terveyskeskuksissa tai vaihtoehtoisesti kunnat voivat ostaa vastaavat palvelut yksityiseltä toimijalta. Neuropsykiatrisesti oireilevan nuoren tuen järjestämisessä ensisijainen vastuu on perusterveydenhuollolla ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla sen osana, ja vain tarpeen vaatiessa nuori lähetetään sairaanhoitopiiriin järjestämään erikoissairaanhoitoon (STM 2013). Suomessa on vuonna 2014 astunut voimaan oppilas- ja opiskelijahuoltolaki (1287/2013), joka määrittelee opiskeluhuollon toteuttajiksi sekä kunnan opetustoimen että sosiaali- ja terveystoimen yhdessä opiskelijan ja huoltajien sekä tarvittaessa muiden yhteistyötahojen kanssa.

Alueellisen tason toimijoita ovat sairaanhoitopiirit, jotka tarjoavat alueellaan erikoissairaanhoitoa alueensa kuntien tai kuntayhtymien rahoittamana. Suomen 20 sairaanhoitopiiriä jakautuvat edelleen viideksi yliopistosairaaloiden ympärille keskitetyksi erityisvastuualueeksi (erva) (Kunnat 2016). Sairaanhoitopiirit laativat yhdessä alueensa kuntien kanssa hoitoketjukuvaus- ja joissa kansallisia suosituksia sovelletaan alueelliselle tasolle. Hoitoketjukuvaus- ja joissa määritellään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä tarvittaessa muidenkin osapuolien, kuten kolmannen sektorin toimijoiden, väliset tehtävät, työnjako ja hoitovastuut hoidon eri vaiheissa. Hoitoketjukuvausten tavoitteena on selkiyttää hoidon porrastusta, yhtenäistää hoitokäytäntöjä, turvata hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatiorajojen ja eri ammattiryhmien kesken. (PSHP 2016; Kuronen 2015; Anttolainen & al. 2006.) Erikoissairaanhoidossa hoito on jakaantunut kahdelle erikoisalalle: tässä artikkelissa tarkasteltavat neuropsykiatriset potilaat hoidetaan pääsääntöisesti lastenneurologian erikoisalalla 16–18 ikävuoteen asti, ja nuorisopsykiatria hoitaa potilaita 13-vuotiaista aina 20–23 ikävuoteen saakka. Nuori hoidetaan nuorisopsykiatrian erikoisalalla, mikäli hänellä on neuropsykiatrisen oireilun lisäksi psykiatrista samanaikaissairastavuutta tai hän ei ikänsä puolesta enää pääse lastenneurologian palveluihin.¹

Kansallisella tasolla terveydenhuollon toimin-

¹ Neuropsykiatrisen diagnoosin saaneita nuoria, joilla on esimerkiksi vaikeaa väkivaltakäyttäytymistä, voidaan tarvittaessa ohjata myös kahteen valtakunnalliseen vaikeahoitoisten nuorten Eva-yksikköön Kuopion Niuvaniemessä ja Tampereen yliopistollisessa sairaalassa Pitkäniemessä.

nan ohjaamisen painopiste on tiedolla ohjaamisessa, mikä konkretisoituu kansallisina suosituksina. Suosituksia antavat esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö (STM) ja THL. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim julkaisee asiantuntijoiden laatimia Käypä hoito -suosituksia, jotka ovat tieteelliseen näyttöön perustuvia kannanottoja tietyn taudin tai oirekuvan ehkäisystä, diagnostiikasta, hoidosta ja joissakin tapauksissa myös työnjaosta eri toimijoiden välillä. Käypä hoito -suositusten tavoitteena on parantaa hoidon laatua, ohjata terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa ja vähentää hoitokäytäntöjen alueellista vaihtelua (Lehtomäki 2009, 11; Miettinen & Korhonen 2005, 8–9; Nuutinen & al. 2004.) Nuorten neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyen Käypä hoito -suositus on olemassa tällä hetkellä vain ADHD:n osalta. STM (2010) on julkaissut Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, joiden tavoitteena on turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samanlaisin perustein ja samassa ajassa asuinpaikasta riippumatta. Kansallisena toimijana on myös Kansaneläkelaitos (Kela), joka tarjoaa erilaisia tukia ja kuntoutusta. Neuropsykiatrisesti oireileville nuorille ja heidän perheilleen Kela järjestää valtakunnallisia sopeutumisvalmennuskursseja ja kehittää neuropsykiatrisia kuntoutuspalveluja.

Aineisto ja menetelmä

Artikkelin aineistona on käytetty rekisteritietoja, erikoissairaanhoidon ylilääkäreiden haastatteluja ja erilaisia hallinnollisia asiakirjoja, kuten Käypä hoito -suositusta, Kiireettömän hoidon perusteita ja hoitoketjukuvaus- ja THL:n erikoissairaanhoidon avo- ja laitoshoidon hoitoilmoitusrekisteristä (Hilmo) poimittiin tiedot 13–18-vuotiaista, joilla oli ensisijaisena diagnoosina jokin neuropsykiatrisen häiriön. Heitä koskien kerättiin tiedot potilasmäärästä ja hoito- ja käyntijaksoista sairaanhoitopiireittäin vuodelta 2012. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) osalta rekisteritietoja ei saatu erikseen alueen sairaanhoitoalueisiin jaettuna.

Haastatteluaineisto sisältää sairaanhoitopiiriin keskussairaaloiden ylilääkärien haastatteluja sekä nuorisopsykiatrian että lastenneurologian erikoisaloilta. Sairanhoitopiiriin ja HUS:n sairaanhoitoalueiden 33 ylilääkärille lähetettiin sähköpostilla kutsu haastatteluun sekä haastattelurunko. Myöhemmin tarvittaessa lähetettiin kaksi muistutus-

viestiä. Kahdeksan haastattelukutsun saanutta ei vastannut kutsuun tai kieltäytyi haastattelusta. Haastattelurunko käsitteli sairaanhoitopiiriin palvelutarjontaa neuropsykiatrisissa häiriöissä, toimintaan saatavilla olevia resursseja, hoitoketjuja, lähtettäviä tahoja, yhteistyötä eri erikoisalojen välillä ja suhteessa perusterveydenhuoltoon ja kolmanteen sektoriin. Lisäksi kysyttiin yhteistyöstä Kelan kanssa, kokemuksista sopeutumisvalmennuskursseista sekä toiveista Kelan suhteen.

Haastatteluja tehtiin sekä kasvokkain että puhelimitse. Erityisvastuualueiden ja HUS:n sairaanhoitoalueiden nuorisopsykiatrian ja lastenneurologian ylilääkärit haastateltiin kasvokkain. HUS:n sairaanhoitoalueet otettiin mukaan haastatteluihin, koska ne järjestävät toimintaa itsenäisesti ja niiden asukasmäärä vastaa monilla alueilla pienimpiä sairaanhoitopiirejä. Kasvokkaisia haastatteluja tehtiin 12, ja niissä oli yhteensä 17 haastateltavaa. Kymmenen sairaanhoitopiiriin nuorisopsykiatrian ylilääkärit haastateltiin puhelimitse ja yhdestä sairaanhoitopiiristä vastaukset saatiin sähköpostitse. Kaiken kaikkiaan tiedot saatiin yhteensä 16 sairaanhoitopiiristä ja kolmelta HUS:n sairaanhoitoalueelta. Vastaajista 20 edusti nuorisopsykiatriaa, seitsemän lastenneurologiaa, yksi lastenpsykiatriaa ja yksi oli muun henkilöstöryhmän edustaja. Kasvokkaiset haastattelut kestivät 35 minuutista 1 tuntiin ja 45 minuuttia ja puhelinhaastattelut keskimäärin 38 minuuttia. Kasvokkaiset haastattelut nauhoitettiin, ja haastattelut litteroi ulkopuolinen henkilö. Yhteensä litteroituja haastattelusivuja tuli 135. Puhelinhaastatteluista tiedot kirjattiin puhelun kuluessa Excel-taulukkoon, jota täydennettiin vielä välittömästi puhelun jälkeen.

Analyysissa rekisteritietoja järjesteltiin ja yhdisteltiin, ja tässä artikkelissa rekisteriaineiston tulokset esitetään kuvailevasti ristiintaulukoituina. Sisällönanalyysissa analyysissa haastattelut koodattiin aineistolähtöisesti 31 eri koodilla, joista tähän artikkeliin valittiin yhdeksän koodia: lähetekäytännöt ja lähetteet; sairaalakoulu; potilaiden seuranta; hoitoketjukuvaus; erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suhde ja rajat; perusterveydenhuollolta edellytettävät tutkimukset; kokemukset Kelasta; sopeutumisvalmennuskurssit. Yhteensä nämä koodit on liitetty aineistoon 224 kertaa.

Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja kasvokkaisissa haastatteluissa haastateltavilta kysyttiin lupa haastattelun nauhoitta-

miseen. Suorissa lainauksissa esitetään vain yllä­lääkärin erikoisala ja haastattelunumero vastaajien anonyymiteetin varmistamiseksi. Tekstissä sen sijaan mainitaan sairaanhoitopiirejä myös nimeltä. Suorissa lainauksissa YL tarkoittaa ylilääkärää, H haastattelijaa, Ln lastenneurologia ja Np nuorisopsykiatria.

Tulokset

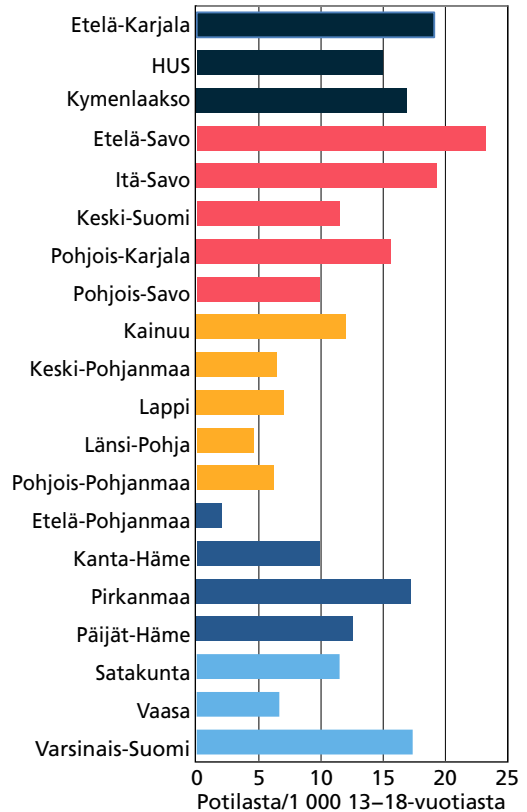
Alueellinen erilaisuus erikoissairaanhoidon palveluiden käytössä

Erikoissairaanhoidon potilasmäärien tarkastelu vuodelta 2012 osoittaa suuria alueellisia eroja potilaiden määrissä paitsi kaikkien viiden erityis­vastualueen välillä, myös niiden sisällä sairaanhoitopiireittäin (kuvio 1). Kuviossa samansävyiset pylväät muodostavat yhdessä erä-alueen.

Kuviosta näkyy, että potilaiden määrissä oli sairaanhoitopiirien välillä jopa yli kymmenkertainen ero: Etelä-Savossa erikoissairaanhoidon piirissä oli 23 nuorta neuropsykiatrasta potilasta tuhatta 13–18-vuotiaasta kohden, kun vastaava luku Etelä-Pohjanmaalla oli 2. Koko maan keskiarvo oli 13 potilasta. Erä-alueittain tarkasteltuna eniten potilaita oli HYKS:n alueella (15 potilasta) ja vähiten OYS:n alueella (8 potilasta). Suuria alueellisia eroja löytyi myös tarkasteltaessa osastohoitajaksoja ja poliklinikkakäyntejä (kuviot 2 ja 3).

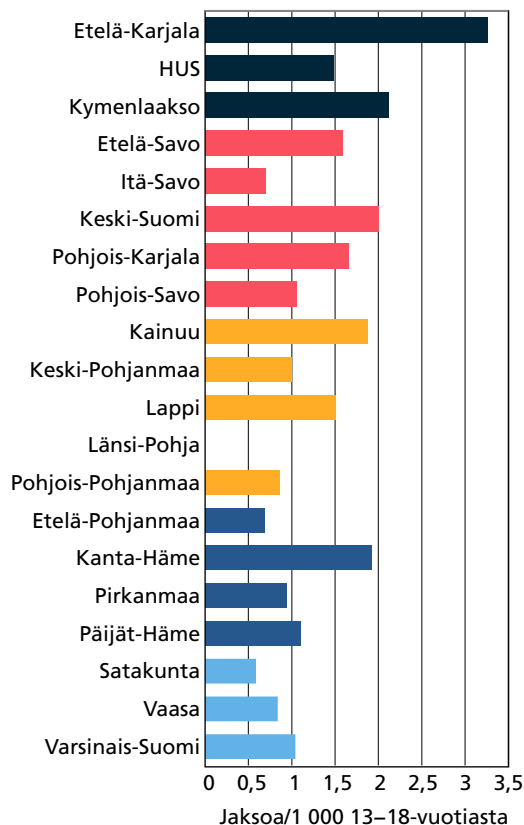
Esimerkiksi Etelä-Karjalassa oli 3,3 osastohoitajaksoja tuhatta 13–18-vuotiaasta kohden, mutta Itä-Savossa vain 0,7. Jonkin verran hoitajaksojen ja käyntien sairaanhoitopiirittäisiä eroja voivat selittää erilaiset toimintatavat: joissain sairaanhoitopiireissä suositetaan käyntejä ja toisaalla taas hoitajaksoja. Esimerkiksi Pirkanmaalla oli käyntejä erittäin paljon (134 käyntiä, koko maan keskiarvo 59), mutta vastaavasti hoitajaksoja vähemmän kuin koko maassa keskimäärin (Pirkanmaalla 0,9, koko maan keskiarvo 1,4). Kuitenkin esimerkiksi Etelä-Karjalassa oli paljon sekä käyntejä (100) että hoitajaksoja (3,3).

Osa alueellisista eroista voi johtua tilastointikäytäntöjen vaihtelusta eri alueilla ja lääkäreillä. On esimerkiksi mahdollista, että nuori on neuropsykiatrissa palveluissa, vaikka hänellä ei ole vielä diagnoosia, jolloin diagnosointi ja hoito tapahtuvatkin oirekuvan perusteella. Myös diagnoosien merkitsemisjärjestys voi vaihdella tilanteissa, joissa nuorella on samanaikaissairastavuutta. Tässä tarkastellut neuropsykiatriset diagnoosit saatta-

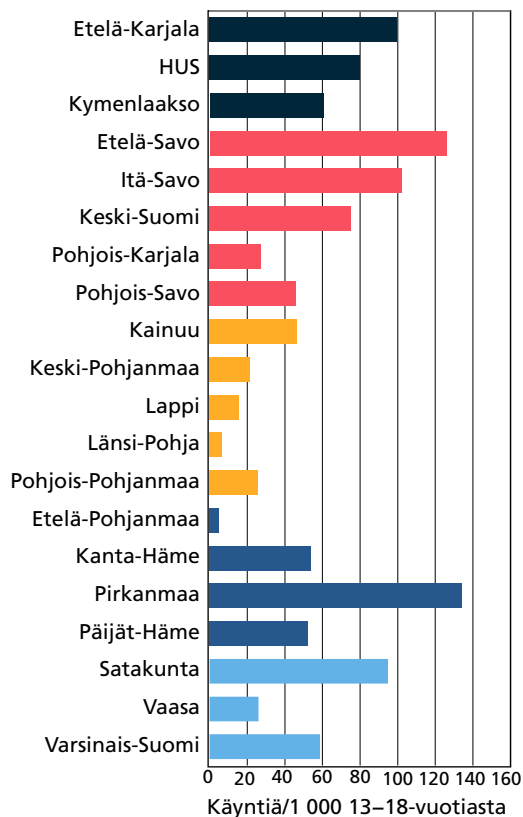


Kuvio 1. Neuropsykiatrisen diagnoosin ensimmäisenä diagnoosina saaneiden 13–18-vuotiaiden potilaiden kokonaismäärä suhteessa ikäluokkaansa sairaanhoitopiireittäin.

vat siis eri syistä olla merkittynä vasta potilaan toiseksi tai kolmanneksi diagnoosiksi. Kuviot kertovat erikoissairaanhoidon käytöstä. Vuodelta 2012 ei ole saatavilla vastaavia tietoja perusterveydenhuollon palveluiden käytöstä, joita on sittemmin alettu kerätä Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus (AvoHilmo) -järjestelmässä. Tietoja potilaiden todellisesta kokonaismäärästä kullakin alueella ei vuodelta 2012 näin ollen ole saatavilla. Luvut voivat jättää näkymättömiin myös sellaista erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa, joka on kunnan itsensä järjestämää, kuten joissakin suurissa kaupungeissa voi olla. Tilastointikäytäntöjen ja -puutteiden lisäksi alueelliset erot voivat johtua sairastavuuden alueellisista eroista, mutta tällaisia tutkimuksia ei Suomesta löydy. Oletettavaa kuitenkin on, että alueelliset erot sairastavuudessa eivät olisi niin suuria, että ne pystyisivät selittämään näin suuria eroja palveluiden käytössä. Havaitut alueelliset erot erikoissairaanhoidon käytössä kertovatkin siis paitsi todennäköisesti jonkinlaisista eroista potilaiden kokonaismäärissä, myös alueellisista



Kuvio 2. Erikoissairaanhoidon neuropsykiatriset osastohoitojaksot 13–18-vuotiailla, joilla neuropsykiatrinen diagnoosi ensimmäisenä diagnoosina, suhteessa ikäluokkaansa sairaanhoito-piireittäin vuonna 2012.



Kuvio 3. Erikoissairaanhoidon neuropsykiatriset poliklinikkakäynnit 13–18-vuotiailla, joilla neuropsykiatrinen diagnoosi ensimmäisenä diagnoosina, suhteessa ikäluokkaansa sairaanhoito-piireittäin vuonna 2012.

eroista palvelujärjestelmän toiminnassa: jossakin sairaanhoitopiirissä tietynlainen potilas hoidetaan perusterveydenhuollossa, kun toisaalla samanlainen potilas siirretään erikoissairaanhoidon.

Kansalliset suositukset ja kuntoutuspalvelut

Kansallisten Käypä hoito -suositusten tarkoituksena on linjata alueellisella ja kunnallisella tasolla tehtävää konkreettista työtä. Ainoa nuorten neuropsykiatrista häiriöistä tehty Käypä hoito -suositus ohjeistaa paitsi ADHD:n diagnosointia ja hoitoa myös hoidon järjestämistä. ADHD-suositus (2013) linjaa, että diagnosointi ja hoito- ja kuntoutussuunnitelmat tehdään ensisijaisesti perusterveydenhuollossa eli kunnallisella tasolla. Nuori ohjataan alueelliselle tasolle erikoissairaanhoidon vain, mikäli perusterveydenhuollon toimenpiteet ovat osoittautuneet konsultaatiotuesta huolimatta

riittämättömiksi, tarvitaan tarkempaa erotusdiagnostista arviointia, lääkehoidon aloittaminen ei onnistu perusterveydenhuollossa, lääkehoidon toteutuksessa on ongelmia tai kokonaistilanteen ongelmallisuuden vuoksi tarvitaan erikoissairaanhoidon osaamista tai usean erikoisalan yhteistyötä.

Kansallinen suositus ei kuitenkaan velvoita sairaanhoitopiirejä tai kuntia, vaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjosta voidaan sopia alueellisesti huomioiden käytössä olevat resurssit ja osaaminen. Käypä hoito -suosituksessa puhutaan alueellisesta hoitoketjukuvauksesta, jossa tulisi määritellä, missä ja miten tukitoimet, diagnosointi, hoito, seuranta ja konsultaatiotoiminta järjestetään, psykososiaaliset hoidot toteutetaan (esim. vanhempainryhmät tai koulun tukitoimet) ja lääkehoito aloitetaan ja sitä seurataan. (ADHD-suositus 2013.) ADHD:n Käypä hoito -suosituksessa ohjataan siis ADHD:n

nyt perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja esimerkiksi vammaispalvelun työnjakoa. Hoitoketjukuvausten tekeminen kuvattiin kuitenkin työlääksi ja aikaa vieväksi, koska hoitoketjukuvaus oli usein rakentamassa suuri joukko toimijoita eri hallinnonaloilta, jolloin esimerkiksi koksauksien sopiminen oli vaikeaa. Olemassa oleva hoitoketjukuvaus ei kuitenkaan vielä taannut sen toimivuutta. Toimiva hoitoketjukuvaus edellyttikin suhteellisen tiheää päivittämistä ja jatkuvaa perusterveydenhuollon henkilökunnan kouluttamista.

H: Löysin netistä teidän hoitoketjukuvaus, mikä oli hieno, harvassa paikassa on näin selkeää ja hyvää. Toimiikö tää käytännössä?

YL: On mietitty kovastikin, mutta jos ihan rehellisesti kysyt, niin ei se toimi. Se on surullista, ei kukaan enää tota muista, kaikki työntekijät on muuttuneet. Päivityksestäkin on jo pari vuotta, silloin tuli esiin, että suurin osa terveyskeskuksen väestä ei tiennyt tän olemassa olosta ollenkaan, koska porukka vaihtuu. Tieto ei kulje ja varsinkin lääkäreitten koulutus näihin neuropsykiatrisiin asioihin on kyllä olematonta.

H: Tää lähti liikkeelle, koska teille tuli lähetteitä, jotka kuuluu perusterveydenhuoltoon. Tapahtuuks näin edelleen?

YL: Siinä kävi niin, et ton jälkeen lähteet väheni huomattavasti. Me pidettiin koulutuksia aika paljonkin ja lähteet väheni selvästi. Mut sitten kun toi unohd ja me ei enää pidetty koulutuksia, lähteet alkoi lisääntyä. (Ln7)

Ongelmaksi hoitoketjuissa muodostui myös sairaanhoitopiirin alueella olevien kuntien heterogeenisyys. Lukuisissa erityyppisissä kunnissa oli erilaiset palvelut, resurssit, toimintatavat ja välimatkat keskuskaupunkiin. Kunnasta ei aina löytynyt palveluiden puutteellisuuden tai henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi henkilöä, joka ottaisi vastuun potilaasta erikoissairaanhoidossa annetun hoidon jälkeen. Käytännössä sairaanhoitopiirit joutuivat neuvottelemaan yhteistyöstä ja toimimaan kuntakohtaisesti eli alueelliseksi tarkoitettu hoitoketju ei toimi.

H: Onko semmonen olo, että hallitsette teidän sairaanhoitopiirin kuntien palvelut ja mitä missäkin on saatavilla?

YL: Ei, kyl se on melkein joka kerta soitettava jonnekin ja mietittävä ja kysyttävä että otatteko vai ettekö ota ja koska.

H: Muuttuuko ne niin nopeesti?

YL: Aika usein on niin, että kunnissa on yksi ihminen joka tekee töitä ja sitten kun se lähtee, niin ammattitaito mikä hänelle on kertynyt, häviää silteen. Sitten voi tulla toinen joka on enemmän koulutettu tai vähemmän koulutettu, mut kyl ne vaihtuu. (Np18)

--

H: Onko ajatus, et ”perus ADHD-potilaat” hoidetaan siellä perustasolla?

YL: Se on ajatus. Mutta perustason lääkärit on hyvin nihkeesti ottanu vastaan tätä toivetta, että heidän pitäis myöskin voida tehdä lääkekokeiluja, koska lääkehoito koetaan vaikeaksi. Sehän on helppoo kun sitä on paljon tehny, mutta sen aloittaminen kun on monia muita tehtäviä, ettei voi keskittyä siihen. Myöskin ADHD-diagnoosin teko, joka vaatii moniammatillista lähestymistä ja yhdessä toimimista, ei tahdo perustasolla onnistua. Käypä hoito -työryhmässä sitä paljon mietittiin, jos ajattele, et 5 prosentilla on ADHD, niin lastenneurologiseen erikoissairaanhoidon korkeintaan 2–3 prosenttia lapsista voi tulla käymään ja siinä on kaikki neurologiset sairaudet mukana, et silloin näistä potilaista hyvin harva voi tulla erikoissairaanhoidon puolelle diagnostiikkaakaan varten. Siinä käydään paljon monen tasosta neuvottelua, kun kaikilla kunnilla on omat toimintatapansa ja omanlaisensa resurssit niin niitä joudutaan neuvottelemaan eri kuntien kanssa. (Ln5)

--

Meil täällä mietitään yksilöllisesti eli katotaan, mikä kunta, ja otetaan selvää, kuka se mahdollinen lääkäri on, ja otetaan selvää, onko hänellä tietotaitoa huolehtia tästä. Jos selviää, et lapselle ei pystytä nimeämään kunnassa lääkäriä, niin me ei lähetetä [takaisin perusterveydenhuoltoon]. Meillä hyvin yksilöllisesti mietitään, että ketään ei lähetetä tyhjän päälle. Se tekee tietenkin systeemistä hitaan, raskaan, kömpelön ja osin kalliin. (Ln23)

Sektorirajat ylittävä yhteistyö koulun kanssa

Kunnallisella tasolla osassa kouluista räätälöitiin neuropsykiatrisesti oireilevan oppilaan koulupäivää ja järjestettiin erilaisia tukitoimia kouluun. Myös alueellisella tasolla erikoissairaanhoidon ja koulujen välillä oli toimivia yhteistyömuotoja. Esimerkiksi Hyvinkään sairaanhoitoalueella sairaalakoulun erityisluokanopettaja voi nuorisopsykiatrian poliklinikan pyynnöstä ja nuoren ja vanhempien luvalla jalkautua nuoren kouluun arvioimaan, miksi ja millaisia ongelmia nuorella oli koulussa. Useissa sairaanhoitopiireissä neuropsykiatrisesti oireilevilla nuorilla oli mahdollisuus käydä sairaalakoulua polikliinisesti kotoa käsin. Tampereen yliopistollisen sairaalan alueella kunnat olivat järjestäneet kouluihin pienluokkia, jossa erityisopettajan lisäksi oli jatkuvasti paikalla psykiatrinen sairaanhoitaja. Tällainen nivelluokka oli osoittanut joillekin neuropsykiatrisia ongelmia omaaville nuorille erityisen toimivaksi ratkaisuksi.

Ylilääkärihaastattelussa kävi kuitenkin myös ilmi, että erikoissairaanhoidon yhteistyö koulun kanssa ei kaikissa sairaanhoitopiireissä ollut tavalista ja yhteistyössä on ongelmia. Useat ylilääkärit toivoivat aiempaa tiiviimpää yhteistyötä koulun kanssa. Koulujen tarjoamassa tuessa oli isoja koulukohtaisia eroja. Kouluista puuttui usein mo-

Taulukko 1. Sairaanhoidopiirien julkaisemia hoitoketjukuvausneuropsykiatrisista häiriöistä

Lasten ja nuorten neuropsykiatristen häiriöiden hoitoketju	Carea
ADHD-oireisen lapsen ja nuoren hoitoketju	Eksote
Keskittymättömän lapsen ja nuoren palveluketju	HUS-Hyvinkään sha
Keskittymättömän lapsen ja nuoren hoitoketju	KHSHP
Lasten ja nuorten neuropsykiatriset häiriöt	KSSHP
ADHD (lasten tarkkaavuushäiriö)	PPSHP
Kouluikäisen lapsen ja nuoren (6–17v) tarkkaavuus-lyiaktiivisuushäiriön (ADHD) hoitoketju	PSHP
ADHD	VSSHP
Lasten tarkkaavuus- ja yliviikkaushäiriön (ADHD) ja muiden neuropsykiatristen häiriöiden hoitoketju	HUS-Länsi-Uudenmaan sha

Lähde: Terveysportti 2016.

Eksote = Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri; HUS-Hyvinkään sha = Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hyvinkään sairaanhoitoalue; KHSHP = Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri; KSSHP = Keski-Suomen sairaanhoitopiiri; PPSHP = Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri; PSHP = Pirkanmaan sairaanhoitopiiri; VSSHP = Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri; HUS-Länsi-Uudenmaan sha = Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue.

niammatillinen työryhmä, joka tekisi mielenterveystyötä ja toimisi yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Kunnallinen hallinnonalajako, jossa lääkärit ja psykologit toimivat hallinnollisesti erillään, voi olla moniammatillisen yhteistyön esteenä. Usein nuorelta puuttui koulussa tukihenkilö, joka tuntisi oppilaan tilanteen.

Tää [nuoren] koulusta kieltäytymisen ongelma: kuntien pitää vahvistaa mitä koulu voi tarjota, niissä on hirveen isoja koulukohtaisia eroja. Jotkut koulut on hirveen hyvin juonessa mukana, ne ymmärtää näitä häiriöitä ja niillä on mahdollisuus vähän räätälöidä sitä koulupäivää ja tukitoimia kouluun aika paljonkin. Osa ei lähe mihinkään ja pelkäävät näitä potilaita. Se että koululla olisi erityisosaamista, erityisopettajaresursseja ja koulun psykologit ja kuraattorit ja semmoset kohallaan. (Np17)

--

Moniammatillinen yhteistyö on hyvin huonosti järjestäytynyttä. Koululääkärit ja koulupsykologit on eri toimiston alaisia eikä heillä oo traditioo, että he kävis potilasneuvotteluja yhdessä. He tutkivat vähän erillään, eivät opi toisiltaan eivätkä aina tänne [erikoissairaanhoidon] lähettäessäkään kommunikoi keskenään. Koululääkäri saattaa lähettää meille sillä perusteella, et koulupsykologi on tutkinut ja ehdottanut lähettämistä, mutta he ei palveeraa yhdessä ja mieti. Heillä ei oo aikaa, he tekee tarkastuksia tiuhaan tahtiin ja moniammatillinen yhteistyö on hyvin puutteellista. Meidän alueen kunnissa aina kuulee hyviä esityksiä koululääkäreitten hienosta yhteen työskentelystä muitten työntekijöitten kanssa, mutta ei tässä meidän alueella kovastikkaan, se on puute. (Ln5)

Pohdinta

Tutkimuksessa tarkasteltiin nuorten neuropsykiatrista palvelujärjestelmää rekisteritietojen, kirjallisten dokumenttien ja erikoissairaanhoidon ylilääkärihaastattelujen avulla. Määrällinen tarkastelu osoitti, että erikoissairaanhoidon käytössä on suuria alueellisia eroja sairaanhoitopiireittäin. Vaikka lukuihin tulee diagnoosien merkitsemiskäytäntöjen vaihtelun vuoksi suhtautua varauksella, on kolmetasoisessa palvelujärjestelmässä useita rakenteita, jotka mahdollistavat myös todelliset alueelliset erot potilaiden hoidossa. Esimerkiksi kansallinen neuropsykiatrinen ADHD:n Käypä hoito-suositus ohjaa diagnosoinnin ja kuntoutuksen kunnalliselle tasolle, mutta samalla sairaanhoitopiireille alueellisena tasona jää paljon vapautta suunnitella palvelujen toteutus. Kansalliset Kelan tarjoamat sopeutumisvalmennuskurssit ovat usein toiminnallisesti ja fyysisesti liian kaukana erikoissairaanhoidon toimijoita ja perheitä. Alueellisella tasolla toimintaa yhtenäistävien hoitoketjujen rakentaminen on työlästä ja niiden käyttöä vaikeuttaa henkilökunnan suuri vaihtuvuus kunnissa. Sairaanhoitopiirin alueella olevat kunnat ovat keskenään heterogeenisiä, joten alueelliset hoitoketjut eivät useinkaan toimi ja erikoissairaanhoidossa joudutaan neuvottelemaan toimintatavoista kuntakohtaisesti. Neuropsykiatristen palvelujärjestelmän ja koulujen välillä on toimivia yhteistyömuotoja, jota kuitenkin rasittavat yhteistyön koulukohtaisuus, puutteet moniammatillisessa yhteistyössä ja kunnallinen hallinnonalajako.

Suuret alueelliset erot neuropsykiatriassa erikoissairaanhoidossa eivät ole ainutlaatuisia. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että sekä nuorten psykiatriseen hoitoon ohjautumisessa (Paananen & al. 2013) että nuorten psykiatriakäytöksen käytössä on Suomessa suuria alueellisia eroja (Martikainen & Autti-Rämö 2010). Myös sosiaalitoimen palveluissa on suuria eroja maakuntien välillä esimerkiksi vammaispalveluissa ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrissä (Teperi 2006, 184). Koulujen oppilashuollonpalveluiden saatavuudessa on edelleen eroja koulujen välillä (TEA 2015). Alueelliset erot johtavat tarkastelemaan tuloksia kansalaisten alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) on ottanut kantaa alueelliseen yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Muodollinen yhdenvertaisuus toteutuu, jos samanlaisessa tilanteessa olevia ihmisiä kohdellaan samalla tavalla. Tosiasiallinen yhdenvertaisuus voi sen sijaan edellyttää alueellisen erilaisuuden mukana tuomaa eriarvoisuuden aktiivista poistamista. (ETENE 2013.)

Tulosten mukaan näyttää siltä, että kansallisella tasolla Käypä hoito -suositukset tai Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat liian väljiä ohjausvälineitä kansalaisten muodollisen yhdenvertaisuuden takaamiseen kansallisella tasolla: niiden siirtyminen käytäntöön ei ole riittävää. Esimerkiksi Käypä hoito -suositukset ohjaavat sisällöllisesti yhdenvertaisuuden toteutumiseen alueellisella tasolla niin, että saman sairaanhoitopiirin alueella asuvat kansalaiset saisivat samanlaisia palveluja hoitoketjukuvausten myötä. Kansallisena palveluntarjoajana myös Kela edistää kansalaisten yhdenvertaisuutta tarjoamalla valtakunnallisia kuntoutuskursseja asuinpaikasta riippumatta. Palveluja jää kuitenkin kokonaan käyttämättä niiden etäisyyden vuoksi, jolloin ne eivät käytännössä aina edistä yhdenvertaisuutta. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan kansalaisten yhdenvertaisuus ei toteudu myöskään alueellisella tasolla, koska hoitoketjuja ei onnistuta saamaan toimiviksi kaikkien alueella olevien erilaisten kuntien kanssa. Muodollista yhdenvertaisuutta ei tue se, että jossain kunnassa potilaan hoitaa perusterveydenhuollon yleislääkäri ja naapurikunnassa samanlainen potilas lähetetäänkin aiheeseen perehtyneen erikoislääkärin hoitoon. Tai että jossain kunnassa potilas saa asianmukaista hoitoa helposti lähiterveysasemalta, kun taas toisessa kunnassa potilas joutuu

matkustamaan satoja kilometrejä erikoissairaanhoidon yksikköön apua saadakseen. Yhteenvetona voi esittää, että nykyinen nuorten neuropsykiatrisen palvelujärjestelmä ei tuota asuinpaikasta riippumatonta yhdenvertaisuutta kansallisella mutta ei myöskään alueellisella tasolla.

Aiemmassa kirjallisuudessa painotetaan alueellisia hoitoketjukuvauksia kansallisten hoitosuositusten toimeenpanossa. Hoitoketjujen ajatellaan muuttavan ”etäiset ja paperinmakuiset kansalliset hoitosuositukset” järkeväksi ja paikallisiin olosuhteisiin sovelletuksi alueellisen tason toiminnaksi (Nuutinen & al. 2004). Hoitoketjukuvausten tekemisessä sairaanhoitopiiri nähdään sopivana hallinnollisena ja maantieteellisenä kehyksenä, kuitenkin niin, että hoitoketjukuvausten omistajuuden tulisi olla yhteistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Sairaanhoitopiirin ja kunnan välinen aito yhdessä tekeminen ja moniammatillinen yhteistyö lääkärin, muun terveydenhuollon henkilökunnan ja esimerkiksi sosiaalityön toimijoiden kanssa edesauttaa hoitoketjun käyttöönottoa: ”itse tehtyä hoitoketjua on helpompi noudattaa kuin ulkopuolelta tarjottua.” (Roine & al. 2003; Nuutinen & al. 2004.) Näitä hyvältä kuulostavat ajatukset eivät kuitenkaan huomioi tässä tutkimuksessa selvästi esiin tullutta asiaa: sairaanhoitopiirin kanssa hoitoketjukuvausta ei ole tekemässä vain *yksi* perusterveydenhuolto, vaan toimijoita on niin monta kuin sairaanhoitopiirissä on kuntia. Esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella on yhteensä 29 itsenäisesti toimivaa ja erikokoista kuntaa, joista osa sijaitsee suuren keskuskaupungin Oulun välittömässä läheisyydessä, mutta osa yli 200 kilometrin päässä. Kun hoitoketjun ”huoltajuus” pitäisi saada sairaanhoitopiirin ja kaikkien alueen erilaisten kuntien yhteiseksi, ollaan tekemisissä täysin erilaisen ja vaikeusasteeltaan monikertaisen prosessin kanssa kuin silloin, kun sairaanhoitopiiri neuvottelee hoitoketjun rakentamisesta yhden kunnan kanssa.

Esitettyjä tuloksia on kiinnostavaa peilata valmisteilla olevaan sosiaali- ja terveysalan palvelurakennemuutokseen. Huhtikuussa 2016 esitetty tämän hetkinen uudistusmalli sisältää esimerkiksi sote-rahoituksen keräämisen siirron kunnilta valtiolle, tuottamisvastuun siirron kunnilta 18 maakunnalle, käyttäjän vapauden valita palveluntuottaja ja kaiken palvelutuotannon yhtiöittämisen (Valtioneuvosto 2016). Voisi ajatella, että jatkossa esimerkiksi alueellinen, tulevaisuudessa maakun-

nallinen, hoitoketjutyö helpottuu, koska maakunta järjestää sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon palvelut, jolloin kuntien poistuminen neuvottelupöydästä vähentää neuvottelutahojen määrää ratkaisevasti. Toisaalta uudistus mahdollistaa rinnakkaiset julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat, jolloin voi käydä niinkin, että neuvottelutahojen määrä vain lisääntyy ja hoitoketjutyö vaikeutuu entisestään. Mikäli maakunta jo palveluja kilpailuttaessaan määrittelee tiukasti eri toimijoiden väliset tehtävät, työnjaon ja hoitovastuut, on vaarana, että ideaali hoitoketjujen ”yhteishuoltajuudesta” hoidon eri tasojen välillä jää kuolleeksi kirjaimeksi.

Uudistuksessa sosiaali- ja terveyspalvelut ovat siirtymässä maakunnille, opetustoimitoimi on jäämässä kuntien vastuulle ja opiskeluhuoltoa ollaan jakamassa maakunnille (kouluterveydenhuolto, psykologit ja kuraattorit) ja kunnille (palveluihin liittyvät organisointi- ja yhteensovittamistehtävät) (Lakiluonnos 2016). Nuorten neuropsykiatrinen hoito ja kuntoutus ovat esimerkki palvelusta, jossa terveydenhuollon ja koulutoimen yhteistyö olisi erityisen tärkeää nuoren tukemiseksi ja saumattoman palveluketjun aikaansaamiseksi. Pelkkä sosiaali- ja terveystoimen integraatio ei riitä. Kiinnostavaa on, mitä tapahtuu tilanteessa, jossa perusterveydenhuolto ja koulu ajautuvat hallinnollisesti entistä kauemmas toisistaan, kun nykyinenkään kunnallinen ja alueellinen järjestelmä ei takaa moniammatillista ja sektorirajat ylittävää yhteistyötä.

Artikkelin tulosten perusteella nuorten neuropsykiatrisen palvelujärjestelmän toimivuutta ja alueellista yhdenvertaisuutta voisi parantaa monella tavalla. Kansallisista suosituksista voisi tehdä velvoittavampia, mikäli halutaan, että ne aidosti ohjaisivat alueellista toimintaa ja siten edistäisivät kansalaisten yhdenvertaisuutta asuinpaikasta riippumatta. Tuomalla Kelan kansallisia palveluja lähemmäs alueellista tasoa eri puolilla Suomea niiden saatavuus paranisi palvelun käyttäjän asuinpaikasta riippumatta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integraatiota edistäisivät ai-

dosti toimivat hoitoketjukuvaukset, joista neuvotelemassa olisi määrällisesti mahdollisimman vähän toimijoita kuitenkin niin, että mukaan otettavien tahojen valinnassa huomioitaisiin moniammatillisuus ja hoidon eri tasot. Eri sektoreiden, kuten terveydenhuollon ja koulutoimen, välistä yhteistyötä helpottaisi, että ne toimisivat hallinnollisesti mahdollisimman lähellä toisiaan.

Tutkimuksessa haastateltiin erikoissairaanhoidon ylilääkäreitä. Vaikka tiedot jäivät puuttumaan neljästä sairaanhoitopiiristä ja kahdelta sairaanhoitoalueelta, haastatteluaineistoa voidaan pitää kattavana ja edustavana. Tietoa on saatu laajasti ympäri Suomea ja henkilöiltä, joilla on parasta tietoa asiasta. Määrälliseen aineistoon poimittiin mukaan vain ne nuoret, joiden ensimmäinen diagnoosi oli neuropsykiatrinen. Näin ollen aineiston ulkopuolelle ovat jääneet tilanteet, joissa neuropsykiatrisen diagnoosin omaava nuori on hoidossa jonkin muun ensisijaiseksi merkityn syyn vuoksi (esim. masennus tai itsemurhayritys). Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttaa se, että erikoissairaanhoidon toimijat ovat arvioineet perusterveydenhuollon toimintaa omasta näkökulmastaan eikä tutkimuksessa kuultu perusterveydenhuollon työntekijöitä. Heillä voisi olla hyvinkin erilainen näkemys omasta toiminnastaan tai moniammatillisesta yhteistyöstä. Tämä tutkimus keskittyi palvelujärjestelmään. Potilaan näkökulmasta on tärkeintä, että hän saa tarpeisiinsa vastaavaa palvelua palvelujärjestelmän tasosta riippumatta. Tulokset koskevat yhtä terveydenhuollon osajärjestelmää, nuorten neuropsykiatrista hoitoa. Joiltakin osin nuorten neuropsykiatrisen palvelujärjestelmä on osajärjestelmänä omanlaisensa: neuropsykiatria on monella tavalla haastava ja ongelmallinen alue, jossa potilaat tarvitsevat lääketieteellisen avun lisäksi moniammatillista tukea monella elämänalueella. Kuitenkin tulosten voi olettaa kuvaavan ainakin osittain myös muiden osajärjestelmien tilannetta ja myös järjestelmää kokonaisuudessaan, koska rakenne on kaikilla palvelujärjestelmillä samanlainen.

Saapunut 8.6.2016
Hyväksytty 9.2.2017

KIRJALLISUUS

- ADHD-suositus: Lasten ja nuorten tarkkaavuuden häiriön Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50061> (luettu 31.5.2016)
- Anttolainen, Mari & Peltomaa, Ritva & Voipio-Pulkki, Liisa-Maria & ym.: Nivelreuman Käypä hoito -suosituksen toimeenpanokoulutus 2001–2002. Duodecim 122 (2006), 1069–1078.
- Brook, Judith & Brook, David & Zhang, Chenshu & Seltzer, Nathan & Finch, Stephen: Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics* 131 (2013): 1, 5–13.
- Cherkasova, Mariya & Sulla, Erin & Dalena, Kara & Pondé, Milena & Hechtman, Lily: Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 22 (2013):1, 47–54.
- Damiano, Cara & Mazefsky, Carla & White, Susan & Dichter, Gabriel: Future directions for research in autism spectrum disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 43 (2014): 5, 828–843.
- Eksote: ADHD-oireisen lapsen ja nuoren hoitoketju. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, 2011. http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00730 (luettu 31.5.2016)
- ETENE: Alueellisen yhdenvertaisuuden eettisiä kysymyksiä. ETENE-julkaisuja 43. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, 2013.
- Fombonne, Eric: Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research* 65 (2009): 6, 591–598.
- Faraone, Stephen & Biederman, Joseph & Mick, Eric: The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine* 36 (2006): 2, 159–165.
- Hallett, Mark: Tourette Syndrome: Update. *Official Journal of Japanese Society of Child Neurology* 46 (2015: Suppl. I, 5111.
- Hallitusohjelma. Helsinki: Valtioneuvosto, 2015. <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma> (luettu 31.5.2016)
- Kela: Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit. Helsinki: Kela, 2016. <http://www.kela.fi/kuntoutus-ja-sopeutumisvalmennuskurssit?inheritRedirect=true> (luettu 31.5.2016)
- Kunnat: Sairaanhoitopiirit. Helsinki: Kuntaliitto, 2016. <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/Sivut/default.aspx> (luettu 31.5.2016)
- Kuronen, Risto: Valtimotautiriskiä liittyvät Käypä hoito -suositukset. Tutkimus terveydenhuollon ammattilaisilla. Tampere: Tampereen yliopisto, 2015.
- Lakiluonnos: Kunnan peruspalvelujen valtionosuutta koskevat esitysluonnokset. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/06.+Kunnan+peruspalvelujen+valtionosuuksien+esitysluonnokset+2016-06-29> (luettu 25.11.2016)
- Lampi, Katja & Banerjee, Nina & Gissler, Mika ym.: Finnish prenatal study of autism and autism spectrum disorders: overview and design. *Journal of Autism & Developmental Disorders* 41 (2011): 8, 1090–1096.
- Lehtomäki, Leila: Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampere: Tampereen yliopisto, 2009.
- Lämsä, Riikka & Santalahti, Päivi & Haravuori, Henna & Penttimikko, Ada & Tuulio-Henriksson, Annamari & Huurre, Taina & Mauri, Marttunen: Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa. Työpapereita 78. Helsinki: Kela, 2015.
- Martikainen, Jaana & Autti-Rämö, Ilona: Lääkkeitä rauhattomille pojille ja masentuneille tytöille. S. 216–235. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.): Perhepiirissä. Helsinki: Kela, 2010.
- Martino, Davide & Madhusudan, Namrata & Zis, Panagiotis & Cavanna, Andrea: An introduction to the clinical phenomenology of Tourette syndrome. *International Review of Neurobiology* 112 (2013): 1–33.
- Mattila, Marja-Leena & Hurtig, Tuula & Haapsamo, Helena ym.: Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community- and clinic-based study. *Journal of Autism & Developmental Disorders* 40 (2010): 9, 1080–1093.
- Miettinen, Merja & Korhonen, Maritta: Käypä hoito -suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosesseissa. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, 2005.
- Moilanen, Irma & Mattila, Marja-Leena & Loukusa, Soile & Kielinen, Marko: Autismikirjon häiriöt lapsilla ja nuorilla. Duodecim 128 (2012): 14, 1453–1462.
- Nuutinen, Lauri & Nuutinen, Matti & Erhola, Marina: Käypä hoito -suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim 120 (2004): 24, 2955–2962.
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287> (luettu 31.5.2016)
- Paananen, Reija & Santalahti, Päivi & Merikukka, Marko & ym.: Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care – a Finnish nationwide follow-up study. *European Journal of Public Health* 23 (2013): 3, 372–377.
- Paavonen, Juulia & Vehkalahti, Kimmo & Vanhala, Raija & ym.: Sleep in children with Asperger syndrome. *Journal of Autism & Developmental Disorders* 38 (2008): 1, 41–51.
- PSHP: Hoitoketjut. Tampere: Tays, 2016. <http://www.pshp.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoketjut> (luettu 31.5.2016)
- Polanczyk, Guilherme & Silva de Lima, Mauricio & Horta, Bernard & ym.: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 164 (2007): 6, 942–948.

- Roine, Risto & Kaila, Minna & Nuutinen, Matti & ym.: Käypä hoito -suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. Duodecim 119 (2003): 5, 399–406.
- Scharf, Jeremiah & Miller, Laura & Gauvin, Caitlin & ym.: Population prevalence of Tourette syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders* 30 (2015): 2, 221–228.
- Smalley, Susan & McGough, James & Moilanen, Irma & ym.: Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46 (2007): 12, 1575–1583.
- STM: Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010. <https://www.julkari.fi/handle/10024/116682> (luettu 31.5.2016)
- STM: Terveydenhuolto Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013.
- TEA: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – TEA 2015. Helsinki: THL ja Opetushallitus. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130509/Tilastokatsaus_peruskoulu_2016_nett.pdf?sequence=1 (luettu 31.5.2016)
- Teperi, Juha: Saavatko kaikki riittävät palvelut? S. 180–188. Teoksessa Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 2006.
- Terveysportti: Hoitoketjut. Helsinki: Duodecim, 2016. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/haku.koti?p_db=tp&p_haku=hoitoketjut&p_aineisto=85685 (luettu 31.5.2016)
- Valtioneuvosto: Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjaukset 5.4.2016. Helsinki: Valtioneuvosto, 2016. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/2287640/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ja+aluehallintouudistuksen+linjaukset+5.4.2016/7382c141-45aa-433f-af74-6fc579e76de0> (luettu 31.5.2016)
- Vasa, Ra & Mazurek, Mo: An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Current opinion in psychiatry* 28 (2015): 2, 83–90.

ENGLISH SUMMARY

Riikka Lämsä & Päivi Santalahti & Henna Haravuori & Taina Huurre & Annamari Tuulio-Henriksson & Mauri Marttunen: When the national health care system is regional: regional differences in neuropsychiatric care for adolescents (Valtakunnallisen terveydenhuoltojärjestelmän paikallisuus. Nuorten neuropsykiatrisen hoidon alueellisista eroista)

The Finnish government has committed itself to reducing health inequalities. However, we noticed that there were marked regional differences in the use of neuropsychiatric services for adolescents in 2012. The Finnish health care system is organised into three administrative levels. On the local level, more than 300 municipalities provide primary health care services, and on the regional level 20 hospital districts provide specialised health care services. The national structures of the health care system are the Current Care Guidelines (Käypä hoito) and the Social Insurance Institution of Finland (Kela).

This paper describes 1) regional differences in the use of specialised neuropsychiatric services for adolescents and 2) factors in the existing health care system that

contribute to regional differences and manifestations of these factors in specialised health care actions. The study is based on register and administrative document sources as well as interviews with specialised health care consultants.

The findings show that national guidelines do not provide sufficient policy direction to ensure that citizens are treated equally regardless of their place of residence. National adaptation training courses arranged by Kela for adolescents with neuropsychiatric disorders and their families are often physically too far away for both families and specialised health care providers. On the regional level, efforts to promote greater equality through care chains are effectively hampered by the inherent heterogeneity of municipalities within the same hospital district. Professional and administrative cooperation between the neuropsychiatric health care system and the education system on the local level is dependent on individual schools.

Keywords: neuropsychiatric health care, Finland, health inequalities, health care system.